FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1930 — N° 106

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Maurice LANDEL

Né à Paris, le 22 juin 1898
Ancien Externe des Hôpitaux de Paris
Ancien Interne des Hôpitaux du Havre

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

VOLVULUS DU CÆCUM

Président : M. FAURE, *Professeur*

PARIS
IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
JOUVE & Cie, ÉDITEURS
15, RUE RACINE, 35

1930

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1930 — N° —

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Maurice LANDEL

Né à Paris, le 22 juin 1898
Ancien Externe des Hôpitaux de Paris
Ancien Interne des Hôpitaux du Havre

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

VOLVULUS DU CÆCUM

Président : M. FAURE, *Professeur*

PARIS
IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
JOUVE & Cie, ÉDITEURS
15, RUE RACINE, 15

1930

DOYEN . . . M. ROGER.

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIÈRE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale	CUNÉO.
Physiologie	ROGER.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ
Bactérioliogie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	CLERC.
Pathologie chirurgicale	LECÈNE.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MÉNÉTRIER.
Pathologie expérimentale et comparée	RATHERY.
Clinique médicale	CARNOT. BEZANÇON. ACHARD. M. LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
Clinique de la tuberculose	Léon BERNARD.
Clinique chirurgicale	DELBET. HARTMANN. LEJARS. GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE. BRINDEAU. JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laringologique	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Professeurs sans chaire	BRANCA. MAUCLAIRE.

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ALAJOUANINE. Neurologie et Psychiatrie.
AUBERTIN. . Pathologie médicale.
BÉNARD (H.). Pathologie médicale.
BINET . . . . Physiologie.
BLANCHETIÈRE. Chimie biologique.
BROCQ . . . Pathologie chirurgicale
BRULÉ. . . . Pathologie médicale.
CADENAT . . Pathologie chirurgicale.
CATHALA . . Pathologie médicale.
CHABROL . . Pathologie médicale.
CHEVALLIER. Pathologie médicale.
De GAUDART d'ALLAINES. Pathologie chirurgicale.
DOGNON. . . Physique.
DONZELOT . . Pathologie médicale.
ÉCALLE . . . Obstétrique.
FEY . . . . . Urologie.
GARNIER . . Pathologie expériment[le]
GASTINEL . . Bactériologie.
GATELLIER . Pathologie chirurgicale
GIROUD . . . Histologie.
HARVIER. . . Pathologie médicale.
HOVELACQUE Anatomie.
HUTINEL. . . Pathologie médicale.
JOANNON. . . Hygiène.
JOYEUX . . . Parasitologie.

MM.

LABBÉ (Henri) Chimie biologique.
LAROCHE (G.) Pathologie médicale.
LEMAITRE. . Oto-rhino-laryngologie.
LEROUX. . . Anatomie pathologique.
LEVEUF . . . Pathologie chirurgicale.
LIAN. . . . . Pathologie médicale.
MERCIER (F.). Pharmacologie.
MONDOR. . . Pathologie chirurgicale.
MOREAU. . . Pathologie médicale.
MOULONGUET. Pathologie chirurgicale.
MOURE. . . . Pathologie chirurgicale.
MULON. . . . Histologie.
OBERLING. . Anatomie pathologique
OLIVIER. . . Anatomie.
PIÉDELIÈVRE Médecine légale.
PORTES . . . Obstétrique.
QUÉNU. . . . Pathologie chirurgicale.
RICHET. . . . Physiologie.
SÉZARY . . . Dermatologie et Syphiligraphie.
VALLERY-RADOT-PASTEUR, Pathologie medicale
VAUDESCAL. Obstétrique
VELTER. . . . Ophtalmologie.
VERNE. . . . Histologie.
VIGNES. . . . Obstétrique.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

BUSQUET. . . . . Pharmacologie.
GUÉNIOT . . . . . Obstétrique.
LEQUEUX . . . . . Obstétrique.

MM.

NEVEU-LEMAIRE. . Parasitologie.
RETTERER. . Histologie.
ZIMMERN. . . Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.

ALGLAVE . . Clinique chirurgicale.
AUVRAY. . . Clinique chirurgicale.
CHEVASSU. . Clinique chirurgicale.
LAIGNEL-LAVASTINE. Clinique méd.
LE LORIER. . Clinique Obstétricale.

MM.

LERI. . . . Clinique médicale.
MOCQUOT. . Clinique chirurgicale.
PROUST. . . Clinique chirurgicale.
SCHWARTZ . Clinique chirurgicale.

V. — CHARGÉS DE COURS

FREY. . . . . Stomatologie
CHAILLEY-BERT. . . . . Education physique.
LEDOUX-LEBARD . . . . . Radiologie clinique
WEILL-HALLÉ. . . . . Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions, émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A MON PÈRE

Le premier et le meilleur de mes maîtres, témoignage de vive reconnaissance et de profonde affection.

A MES CAMARADES D'INTERNAT

A MES AMIS

A MES MAITRES
DE LA FACULTÉ DE PARIS

A MES MAITRES
DANS LES HOPITAUX DU HAVRE

A Monsieur le Professeur J.-L. FAURE

Hommage de reconnaissance pour l'honneur qu'il veut bien nous faire en acceptant la présidence de notre thèse.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

VOLVULUS DU CÆCUM

INTRODUCTION

Le volvulus du cæcum est une affection extrêmement rare en France, et en feuilletant la littérature chirurgicale, on est étonné du petit nombre d'observations rapportées. La statistique de Guibé portant sur un total de 471 occlusions par volvulus renferme seulement 50 volvulus du cæcum (10 %), contre 235 du côlon sigmoïde (50 %) ; et dans la statistique personnelle de Spassokukozki, la proportion est encore moindre, puisqu'elle est de 1 volvulus du cæcum pour 18 du côlon sigmoïde et 28 de l'intestin grêle.

Par contre, dans certains pays, l'Allemagne, la Prusse Orientale, la Russie, la Finlande, le volvulus du cæcum est relativement fréquent. Pour expliquer cette fréquence, on incrimine l'alimentation défectueuse des habitants de ces régions. Dans un rapport au XXIVe Congrès des chirurgiens polonais, tenu à Cracovie, en 1928, M. Eljasberg de Lodz, disait que la fréquence du volvulus du cæcum, par rapport aux cas d'occlusions, était de 5 % dans les

pays scandinaves et en Russie, et il invoquait la nourriture grossière, abondante et fermentescible (choux) absorbée après une période de jeûne.

Le Dr Duval en a observé un cas dernièrement au Havre et nous le remercions de l'extrême obligeance qu'il a eue de bien vouloir nous en confier l'observation pour rédiger ce travail, où, après avoir fait un court historique et étudié l'anatomie pathologique, l'étiologie et la pathogénie, nous donnerons notre observation personnelle. Ensuite, nous discuterons, d'après cette observation, la symptomatologie et le traitement qu'il convient d'instituer.

HISTORIQUE

D'après Faltin, la plus ancienne observation remonterait à Rokitansky, en 1841. Le malade avait des crises fréquentes d'iléus et de torsion du côlon qui guérissaient d'elles-mêmes, mais il mourut dans une dernière crise. Le volvulus du cæcum a été décrit pour la première fois en 1898, au Congrès de Chirurgie de Berlin, par Zoege Von Mateuffel et quelques années plus tard, en 1902, Faltin, à la Société de Médecine de Finlande, publiait une étude comportant 75 observations, dont 25 personnelles.

D'autres cas moins anciens seraient dus à Heindénius, à Eppinger, à Axel Key, à Gravitz, à Bruhns, Roser, Obalinski, Romm, Budberg, enfin Legueu en 1897.

Dans une étude sur l'obstruction intestinale faite en 1888, Trèves avait distingué 3 sortes de volvulus ;

1° Torsion du côlon ascendant sur son axe longitudinal ;

2° Torsion du côlon ascendant et du cæcum et étranglement par un très long mésentère ;

3° Torsion du cæcum sur son axe propre, ou sur

son méso, ces deux dernières classes étant occasionnées par des anomalies congénitales.

Malgré sa rareté en France, cette variété d'occlusion intestinale a été très complètement décrite dans plusieurs mémoires : celui de Cavaillon et Delvoye, paru en 1906, celui de Guibé, paru en 1907. En 1910, Ch. Lenormant, de Paris, dans une communication au Congrès de Chirurgie en citait 13 cas observés en France : Legueu (1897), Bérard et Delore (1899), Frœhlich (2 cas, 1901), Villard (1904), Mériel (1906), Monnier (1909), Delagénière (2 cas, 1909), Lecène (1910), Lapeyre (2 cas, 1910), Lagoutte (1910) et apportait une quatorzième observation qui lui était personnelle.

En 1911, Gayel et Laroyenne publiaient une nouvelle observation à la Société de Chirurgie de Lyon ; en 1912, Duroux donnait sur cette question un long mémoire dans la *Revue de Gynécologie et de Chirurgie abdominale,* tandis que Chalier ajoutait une observation à la Société des Sciences médicales de Lyon.

En 1913, Lejars, à la Société de Chirurgie de Paris, rapportait un nouveau cas observé par Viguier, médecin de l'armée à Tlemcen ; en 1921, nouvelle communication à ce sujet de P. Santy et Ch. Dunet à la Société Nationale de Médecine et des Sciences médicales de Lyon. Deux ans plus tard, en 1923, c'est une observation de Bardou et Gandy dans le *Journal de Médecine de Bordeaux* et en 1924, celle de Ch. Viannay, dans la *Loire médicale*.

Au cours de ces dernières années, on ne trouve que des communications de Gatellier et Padovan et de Gatellier et Hussenstein à la Société anatomique de Paris, le 5 juillet 1928, et un travail de Georges Pascalis dans la *Presse médicale* de 1929, sur l'appendicite et le volvulus cæcum.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

La torsion strictement limitée au cæcum est très rare et on ne trouve guère que l'observation de Trèves ; le plus souvent, cette torsion porte sur le cæcum et sur une partie du côlon ascendant.

Zoege Von Mateuffel distinguait deux variétés dans le volvulus du cæcum ; la torsion autour de l'axe du cæcum et la torsion autour de l'axe du méso. A cette classification Faltin ajoutait la coudure oblique du cæcum, ou « transposition du cæcum » des Allemands.

Cavaillon et Delvoye, se basant sur la longueur plus ou moins grande du méso, reconnaissaient 4 types :

1° Torsion du cæcum seul ;

2° Torsion du cæcum et d'une partie de l'intestin grêle ;

3° Torsion du cæcum et d'une partie du côlon ascendant ;

4° Rotation associée du cæcum, côlon ascendant et grêle.

Lapeyre admet seulement deux divisions :

1° Torsion isolée du cæcum et du côlon ascendant ;

2° Torsion associée de la fin de l'iléon, du cæcum et du côlon.

Duroux élargit encore le cadre du volvulus du cæcum en ajoutant aux deux catégories de Lapeyre : les torsions totales jéjuno, iléo, cæco, coliques, transverses.

Les torsions isolées du cæcum consistent en une bascule du cæcum et du côlon ascendant autour de leur axe transversal, avec rotation autour de leur axe vertical, amenant le cæcum vers l'épigastre : « cæcum érectum » des Allemands. Cette torsion isolée par rotation exige l'intégrité du fond du cæcum.

Dans les torsions associées, la bascule est secondaire ; ce qui est surtout important, c'est la rotation, que cette rotation se fasse autour de l'axe du côlon ascendant, ce qui exigerait que l'accolement se soit arrêté très haut sur le côlon ascendant, ou qu'elle se produise autour du méso-cæcum. L'iléon se trouve alors entraîné, soit en avant du segment cæco-colique si la torsion se fait de gauche à droite, soit en arrière si elle se fait de droite à gauche.

Pour qu'il y ait torsion totale, il faut que le méso de l'anse intestino-primitive ne se soit nulle part fusionné. Cette torsion totale est tout à fait exceptionnelle et elle ne peut en aucune façon être assimilée au volvulus du cæcum. Le seul point commun à ces divers vices de position de l'intestin est que le cæcum prend part à la torsion.

Lenormant et Wilms pensent avec juste raison,

qu'il faut réserver la dénomination aux seuls cas dans lesquels « la torsion est limitée au cæcum, au côlon ascendant et à une petite partie de l'intestin grêle ».

Il est à signaler enfin les cas de volvulus dans les hernies, faisant croire à une hernie étranglée. Kuttner a rencontré un volvulus dans une hernie ombilicale et Kohn dans une hernie inguinale. La gangrène dans ces cas survient rapidement si la torsion porte sur le méso.

ÉTIOLOGIE ET PATHOGÉNIE

Comme cause prédisposante, on invoque en général les questions de races et d'alimentation. Les Scandinaves, Finlandais, Russes et Polonais y seraient exposés par leur régime végétarien, provoquant la typhlatonie.

Le sexe semble également avoir une influence et Guibé a trouvé 150 cas chez l'homme, pour 70 chez la femme.

Au point de vue pathogénique, on peut invoquer deux causes : la mobilité et la distension.

La mobilité cæcale décrite par Wilms et Klose, sous le nom de cæcum mobile peut favoriser la torsion. Cette torsion étant amorcée, l'arrivée du bol fécal, les mouvements de la paroi abdominale, les efforts vont engendrer le volvulus. Certains malades utilisent cette mobilité du cæcum pour arrêter la crise en prenant la position inverse de celle qui l'a déclanchée.

Une fois la torsion acquise, la distension ajoute son action à celle de la mobilité. Wandel pour démontrer cette distension injectait de l'eau sous pression dans le cæcum.

Une bride placée sous l'angle droit du côlon peut

également produire cette distension, et l'arrivée continuelle du gaz et des liquides dans le cæcum achève la torsion. L'existence d'une bride épiploïque adhérente est signalée dans l'observation de Lenormant et dans celle de Lecène. Monti rapporte un cas de volvulus du cæcum où la distension avait été favorisée par « une volumineuse corde aboutissant à la rate », qui était en effet le pédicule de la rate ectopiée. Kollis a publié une observation de volvulus du cæcum par traction de l'appendice enflammé.

Seefish a signalé un volvulus du cæcum dû aux vomissements provoqués par un ulcère perforé du duodénum.

R. J. Pye Smith enfin, donnait comme pouvant provoquer la torsion du cæcum les causes suivantes :

1° Distension du cæcum et du côlon ascendant par les gaz et les matières ;

2° Mouvements de la paroi cæcale lors de la décharge des fèces par la valvule iléo-cæcale ;

3° Déplacement du cæcum à la suite d'un traumatisme externe, d'une contracture musculaire de l'abdomen ou de l'évacuation d'une vessie pleine ;

4° Anomalies anatomiques congénitales ou acquises : malformation, mobilité exagérée ;

5° Adhérences ;

6° Coudure ou torsion à la jonction du cæcum et du côlon ascendant, gênant la circulation des matières et du gaz ;

7° Péristaltisme de la partie terminale de l'iléon.

OBSERVATION

(due à l'obligeance du Dr Duval) (1).

Mme J..., âgée de 35 ans, nous est envoyée à la clinique des Ormeaux le 11 décembre 1929.

Depuis cinq jours, elle présente des troubles d'occlusion : le début a été brusque, caractérisé par une douleur extrêmement vive, siégeant dans toute la partie inférieure du ventre. Puis, progressivement, des troubles d'occlusion apparaissent : des nausées, des vomissements alimentaires, bilieux, et noirâtres. En même temps, le ventre se ballonne. L'arrêt des matières et des gaz est presque complet. Les différents lavements ne ramènent qu'une eau sale et qu'une quantité minime de matières. La douleur d'abord brusque cesse, puis reprend par intervalles irréguliers ; elle s'accompagne d'une sensation extrêmement pénible de coliques intestinales. La crise douloureuse commence dans la région péri-ombilicale et aboutit dans la région appendiculaire.

La malade est soignée par la glace, puis par des compresses chaudes laudanisées ; mais comme cette médication reste inefficace, elle est envoyée à la clinique le 11 décembre, vers 8 heures du soir.

Nous l'examinons de suite, le ventre est très augmenté de

1. Publiée à la Société nationale de Chirurgie.

volume, il est extrêmement ballonné. Le ballonnement siège surtout dans la région péri-ombilicale et ne présente rien de particulier pouvant faire penser à un volvulus de l'anse sigmoïde : il n'y a pas de déformation caractéristique. Le cadre colique ne semble pas participer à cette distension.

A la moindre excitation, après palpation même superficielle, il apparaît de suite des contractions péristaltiques ; elles s'accompagnent de douleurs et de sensation très nettes de coliques.

A la palpation la plus minutieuse, l'ensemble du ventre est douloureux, mais il n'existe pas de point plus particulièrement sensible. La fosse iliaque, la région vésiculaire, les régions rénales ne sont pas douloureuses.

Le toucher vaginal et rectal ne montre rien de particulier.

Le ventre est sonore partout et il n'existe nulle part de zone de matité.

La température est normale, le pouls est à 120.

Devant ce syndrome d'occlusion extrêmement net, à début brusque, nous pensons qu'il doit s'agir d'un volvulus ou d'une occlusion par bride intestinale. Nous intervenons de suite par laparatomie médiane sous-ombilicale.

Opération (Duval). — Anesthésie générale à l'éther.

Laparatomie basse remontant un peu au-dessus de l'ombilic.

On tombe sur des anses intestinales extrêmement dilatées que nous repoussons vers le haut, vers le diaphragme.

Nous apercevons alors une anse colique énorme, qui remplit tout le petit bassin. Il nous est impossible de dire s'il s'agit du sigmoïde ou du cæcum. Comme nous ne pouvons pas l'extérioriser, qu'elle est enclavée dans le petit bassin et

qu'il en est difficile de faire le tour, nous faisons une ponction avec un petit trocard de Potin. L'orifice est ensuite refermé minutieusement sous deux plans de sutures séro-séreuses.

L'anse vidée des gaz qu'elle contient, il nous est plus facile de nous rendre compte des lésions.

Il s'agit du cæcum, il est complètement tordu sur lui-même le pied du volvulus correspondant au milieu du côlon ascendant. La torsion s'est faite dans le sens inverse des aiguilles d'une montre, le grêle entraîné dans ce mouvement a fait presque un tour et demi autour du cæcum lui-même.

Il nous est facile d'extérioriser le cæcum, de le détordre et de nous rendre compte des lésions de ce viscère. Il est extrêmement rouge, congestionné ; mais en aucun point il n'existe de zone suspecte, sphacélées.

Nous fixons le cæcum à la partie inférieure de la cicatrice abdominale et nous refermons l'abdomen. Nous faisons cette fixation dans deux buts ; le premier pour empêcher une nouvelle torsion de se reproduire, le second afin de pouvoir faire facilement une fistulisation si les troubles d'occlusion persistent.

Suites opératoires.

Le lendemain, la malade est beaucoup mieux, les vomissements ont cessé, le pouls est meilleur, mais aucun gaz n'est émis ; le ventre reste très ballonné. Nous attendons encore 24 heures et comme l'amélioration ne survient pas et que par parésie intestinale les troubles d'occlusion persistent, nous plaçons une sonde de Pezzer dans le cæcum fixé à la paroi.

Cette petite intervention est extrêmement facile. Nous enlevons 3 crins sur la peau, 3 catguts sur l'aponévrose et très rapidement nous trouvons le cæcum dans lequel nous plaçons la sonde.

Immédiatement la malade est beaucoup mieux, dans la journée des gaz partent et des matières liquides coulent en assez grande abondance.

Progressivement, l'amélioration survient, vers le huitième jour, la sonde est enlevée, la fistule se referme. Le ventre redevient normal et l'alimentation est reprise. Mais comme la fistule cæco-cutanée ne se ferme pas très rapidement, vers le vingtième jour, nous faisons un petit cerclage avec un fil de bronze.

En quelques jours, la fistule est fermée, la malade peut se lever, et quitter la clinique.

SYMPTOMATOLOGIE ET DIAGNOSTIC DU VOLVULUS DU CÆCUM

Souvent, dans le volvulus du cæcum, il y a un long passé intestinal : coliques cæcales, constipation opiniâtre avec tension douloureuse dans la fosse iliaque droite ; débâcles intermittentes. Ces troubles intestinaux peuvent être très anciens, et Villard cite une observation où ils remontaient à vingt ans.

L'apparition du volvulus se traduit par une douleur vive qui dure dix minutes, disparaît pour reparaître ensuite. Pendant ces crises douloureuses, le malade prend une position qui tend à atténuer la douleur.

Les vomissements apparaissent en général dès la crise initiale. Ils ne deviendraient fécaloïdes que dans un tiers des cas environ. En même temps, se produit l'arrêt des matières et des gaz, incomplet au début, le bout inférieur de l'intestin continuant à se vider après la constitution du volvulus.

Après ces signes de début, on voit paraître dans un des hypocondres une voussure en croissant, plus ou moins grande, refoulant les fausses côtes et gênant la respiration.

La percussion donne un son tympanique, con-

trastant avec la matité de la fosse iliaque, tandis que la succussion donne un bruit hydro-aérique.

L'état général est peu modifié au début ; le pouls et la température restent normaux. Mais progressivement, le visage du malade devient anxieux jaunâtre comme dans la plupart des obstructions.

Dans plusieurs des observations de volvulus du cæcum que nous avons trouvées, on signale une période de rémission dans les symptômes généraux, qui correspondrait au deuxième, troisième jour. Malgré tout, les phénomènes loçaux persistent et augmentent. Cette période de rémission n'est cependant pas constante ; d'ailleurs, elle n'est pas véritablement une période de rémission, puisque les signes locaux s'aggravent. A ce moment, la paroi cæcale peut s'ulcérer, les vomissements porracés apparaissent, le pouls s'accélère et le malade meurt de péritonite et aussi d'intoxication, le contenu de l'anse tordue s'étant transformé en bouillon de culture donnant naissance à des toxines qui amènent rapidement le collapsus.

Tel est le tableau clinique généralement admis comme celui du volvulus du cæcum. Lapeyre tirait de ce tableau trois caractères essentiels. C'est d'abord l'existence de crises antérieures terminées par la guérison ; ensuite, rémission secondaire très nette des signes généraux vers le deuxième, troisième jour, après le début de l'attaque, avec la persistance des signes locaux d'occlusion. Enfin, c'est la constatation d'une tumeur localisée correspondant à l'anse cæcale

distendue et tordue : tumeur sonore, clapotante avec parfois ondulations péristaltiques, visibles et palpables, ce dernier syndrome constituant le signe de Von Wahl.

Dans l'observation que nous rapportons, la période prodromique n'existe pas, la malade ne se souvenant d'aucune crise abdominale douloureuse antérieure. On ne note pas non plus de période de rémission, la douleur apparaissant brusque, cessant, puis reprenant à intervalles réguliers. Enfin, le ventre est entièrement ballonné surtout dans la région péri-ombilicale, mais il est sonore partout, ne présentant aucune zone de matité.

Aucun des signes classiques, reconnus comme pathognomoniques du volvulus du cæcum, n'existait donc chez cette malade. Tout au plus peut-on noter un état général relativement peu atteint au cinquième jour d'une occlusion. Lenormant avait déjà noté ce point dans l'observation qu'il rapportait en 1910. Il s'agissait seulement d'un syndrome d'occlusion qui fut attribué à un volvulus quelconque, ou à une bride intestinale uniquement d'après l'âge et les antécédents de la malade.

Le diagnostic de volvulus du cæcum est donc une chose extrêmement difficile, surtout dans un pays où cette lésion est particulièrement rare. Haussmann, Manteuffel et Faltin, qui ont eu l'occasion d'en guérir de nombreux cas, auraient fait le diagnostic avant la laparotomie.

La douleur vive du début existe dans la crise

d'appendicite, de même que dans la torsion du kyste de l'ovaire. Mais dans l'appendicite, il y a réaction péritonéale rapide avec fièvre et défense musculaire. La douleur de la crise appendiculaire est calmée par la glace, qui n'a aucune influence sur celle du volvulus du cæcum où seul le changement de position arrive à calmer la crise douloureuse.

La distension n'est pas la même dans les lésion chroniques du cæcum, néoplasme cæcal, tuberculose iléo-cæcale qui peuvent amener de l'obstruction à un moment donné de leur évolution, et alors, on a dans la fosse iliaque droite une tumeur dure et non un intestin distendu par des gaz et par des liquides.

Les brides siégeant sur l'angle hépatique ou sur le côlon ascendant peuvent déterminer une distension du cæcum et même produire un volvulus du cæcum, comme dans les observations de Lecène et de Lenormant.

Enfin, il est souvent très difficile de distinguer un volvulus du cæcum d'un volvulus de l'anse sigmoïde; le volvulus du cæcum pouvant déborder dans la fosse iliaque gauche et le volvulus iliaque pouvant gagner la fosse iliaque droite. Pour faire le diagnostic, on pourrait introduire une sonde rectale qui permettrait d'injecter une petite quantité de liquide s'il s'agit de volvulus iliaque, et une plus grande quantité si le volvulus est cæcal. Mais, à notre avis, cette expérience est bien inutile. Devant des symptômes d'occlusion aussi nets que ceux présentés par

notre malade, il fallait d'abord intervenir pour rétablir le transit intestinal, quelle que soit la cause qui ait pu en déterminer l'arrêt.

Le pronostic variera essentiellement avec la période de l'intervention et les lésions intestinales consécutives au volvulus cæcal. Si l'intestin est sain, ce qui peut arriver au bout de plusieurs jours, si la torsion est peu accentuée (90°), le pronostic sera favorable. Mais dans les torsions plus prononcées (180°-360°), surtout si la torsion porte sur le méso, très rapidement on aura du sphacèle de l'anse avec perforation et péritonite. C'est ce qui arriva au bout de 48 heures dans le cas de Sergent, et au bout de 19 heures chez le malade de Heiler.

TRAITEMENT DU VOLVULUS DU CÆCUM

Médicalement, il y a peu de chose à faire en présence d'un volvulus du cæcum. Tout au plus pourra-t-on essayer, lorsqu'on verra le malade au début de sa torsion, de provoquer la détorsion par un lavement sous faible pression au besoin, sous le contrôle des rayons. Mais le diagnostic est si délicat qu'en présence d'une occlusion d'origine totalement inconnue ou seulement douteuse, on aura recours au traitement chirurgical.

Dans l'observation concernant notre malade, l'opérateur s'est trouvé en présence d'une anse colique tellement énorme, enclavée dans le petit bassin qu'il lui était impossible de savoir s'il s'agissait du cæcum, ou de l'anse sigmoïde. De plus, cette anse étant impossible à extérioriser, la seule conduite à tenir était la ponction de la partie colique distendue, avec un trocard, de façon à permettre l'évacuation des gaz. Cette manœuvre inoffensive, à condition de bien protéger le champ opératoire et d'enfouir la perforation sous un double plan de sutures séro-séreuses, a permis d'abord de reconnaître l'anse, puis de la détordre.

En refermant l'abdomen, le cæcum est fixé à la

partie inférieure de la cicatrice (laparotomie médiane). Cette fixation a un double but, empêcher la reproduction du volvulus, et permettre de faire facilement une fistulisation du cæcum, si les troubles d'occlusion persistent. 48 heures en effet après l'intervention, le ventre restant très ballonné, une sonde de Pezzer fut introduite dans le cæcum fixé à la paroi. Cette petite opération fut extrêmement facile, pratiquée sans anesthésie. Les phénomènes d'occlusion rétrocédèrent ensuite très rapidement les jours suivants et le cæcum reprenant sa tonicité, le transit intestinal se rétablit normal, le ventre diminuant progressivement de volume.

C'est là le traitement généralement admis, lorsque l'intervention montre un intestin sain, sans perforation ni gangrène : ponction ou incision franche de l'intestin, détorsion, cæcopexie, suivie 48 heures après d'entérostomie.

La détorsion est dans ce cas toujours facile. Elle ne peut être gênée que par l'extrême distension du cæcum ; il faut alors la faire précéder de l'évacuation des gaz sans quoi, en insistant, on risquerait la déchirure ou même l'éclatement de l'intestin.

Pour cette évacuation, l'opérateur a deux procédés à sa disposition, soit la ponction simple de l'intestin, soit l'incision. La ponction offre de nombreux avantages, à condition toutefois d'être faite avec un trocard de moyen calibre. Le traumatisme qu'elle crée est minime ; la perforation qu'elle laisse peut être enfouie par un double surjet séro-séreux en

bourse, sans qu'il soit même nécessaire de prendre toute l'épaisseur de la paroi intestinale. Wilms compte sept guérisons et deux morts sur 9 cas traités par la détorsion et la ponction. L'incision a pour elle de permettre une évacuation plus complète des liquides et des gaz contenus dans l'anse distendue. Par contre, on évitera plus difficilement la souillure du champ opératoire par le contenu de l'intestin et si pour une raison ou pour une autre, on est amené à inciser l'intestin, il sera toujours prudent de drainer en refermant la paroi. Finkelstein et Lagoutte pratiquèrent avec succès cette incision de même que Lenormant qui en profita pour fistuliser le cæcum à la paroi.

La cæcopexie est-elle nécessaire pour éviter une récidive ? Il semble bien difficile de le dire ; elle ne paraît pas indispensable, car chez les malades opérés et guéris par détorsion simple sans fixation, il n'y eut jamais récidive. En tout cas il paraît exagéré de faire, suivant le conseil de Mériel, une cæcopexie large, depuis l'angle hépatique jusqu'au point de torsion. La fixation du bas fond cæcal doit suffire à empêcher une amorce de torsion.

Quant à l'entérostomie complémentaire, il semble que ce soit là une bonne précaution. Dans l'observation que nous rapportons, il fallut la faire 48 heures après la première intervention, les phénomènes locaux d'occlusion rétrocédant difficilement. L'avantage de ces 48 heures d'attente, alors que le cæcum avait été fixé à la paroi, est que l'intestin a con-

tracté des adhérences suffisamment solides avec le péritoine pariétal pour supprimer tout risque de contamination de la grande cavité péritonéale. Mais si l'intestin est très distendu, cette distension entraînant une certaine paralysie intestinale, si le malade est très intoxiqué, il sera prudent de compléter immédiatement la détorsion par une entérostomie qui évacuera rapidement, avant que les parois aient pu reprendre leur tonicité, le contenu sceptique de l'intestin. Les résultats de l'entérostomie après détorsion du cæcum n'ont, jusqu'ici, pas été très brillants. Sur douze cas, Wilms donne neufs morts et trois guérisons. Speck et Lapeyre guérirent leur malade en suivant cette même conduite. Il est très probable que les insuccès ne sont pas sous la dépendance directe de l'intervention ; ils sont dus probablement à ce qu'on a réservé l'entérostomie complémentaire aux cas graves, où le malade était fatigué par son occlusion et avait un intestin en imminence de gangrène, qu'il n'eut pas été prudent de réséquer étant donné l'état général.

La fermeture de l'anus artificiel est d'ailleurs facile. La fistulisation tend petit à petit à se rétrécir d'elle-même et il est des cas où elle se ferme spontanément. Quelquefois, comme chez notre malade, il suffit de faire un cerclage de la fistule au fil de bronze. En cas d'échec seulement, on tenterait une fermeture autant que possible extra-péritonéale de la fistule.

Les résultats de la détorsion du volvulus cæcal

sont bons en général. Cavaillon et Delvoye donnent 74 % de succès, Guibé 70 %, Wilms 60 %, Duroux en France, arrive aux mêmes résultats avec dix observations.

Mais si à la laparotomie, on trouve un cæcum sphacélé, ou en voie de sphacèle, que faudra-t-il faire ? Suivant l'état général du malade, il faudra soit réséquer l'anse malade, soit l'extérioriser, pour la réséquer secondairement. Dans ce cas naturellement, les résultats sont beaucoup moins bons, la résection ne donnant que 32 % de guérisons environ.

L'entérostomie simple, sans détorsion est une mauvaise opération. Il faut avant tout lever la cause de l'occlusion. Tous les malades ainsi traités sont morts, sauf celui de Monnier. Cette opération est donc à rejeter. Elle ne solutionne rien, l'obstacle persiste et elle affaiblit rapidement le malade.

CONCLUSIONS

1° Le volvulus du cæcum est une lésion extrêmement rare en France ;

2° Il nous semble qu'il faille réserver l'appellation de volvulus du cæcum aux seuls cas où sont intéressés dans la torsion le cæcum avec une petite partie du côlon ascendant et une petite partie du grêle ;

3° La symptomatologie est peu nette, les symptômes décrits comme classiques pouvant faire totalement défaut. A notre avis, le diagnostic ne se fera le plus souvent qu'à l'intervention ;

4° Le traitement consistera en détorsion de l'anse avec évacuation préalable des gaz par ponction si c'est nécessaire et entérostomie complémentaire. Si l'anse est en voie de sphacèle la résection en sera pratiquée en un ou deux temps, suivant l'état général du malade.

Vu : le Président de la thèse,
J.-L. FAURE.

Vu : le Doyen,
ROGER.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
S. CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

Bardou et *Gandy*. — Volvulus de cæcum et du côlon ascendant. (Journal de Méd. de Bordeaux, an XCV, nº 23, 25 nov. 1923, p. 938, in J. de Chirurgie, 1924, t. XXIII, p. 199).

Bandschuh (*Fribourg*). — A propos du volvulus du gros intestin. (Berträge zur Chirurgie, t. LXXXV, fasc. I, 1913, p. 91 à 115, in J. de Chir., 1913, t. XI, p. 223).

Cavaillon (*P.*) et *Delvoye* (*E.*) — Le voluvulus du cæcum, étude clinique et thérapeutique (Rev. de Gyn. et de Chir. abdominale, 1906, janv.-févr. nº I, p. 53 à 100, in Presse Méd. 1906, p. 192).

Chalier (*M.A.*) — Volvulus du cæcum (Société des sciences médicinales de Lyon ; in Rev. de Chir., XLV, p. 101).

Cohn (*M.*) (*Bresleau*). — Vulvulus du cæcum dans une volumineuse hernie inguinale (Berliner Klinische Wochenschrift, t. XVIII, nº 28, 19 juillet 1911, p. 1273-1275, in J. de Chir., t. VII, p. 322).

Corner (*E.M.*) *Sergent* (*P. W.*) — Volvulus du cæcum (Annales of Surgery, nº 145, 1905, jan., p. 63, in Presse Méd. 1905 nº 27, p. 216).

Delvoye (*E.*). — Volvulus du cæcum (Thèse de Lyon, 1905).

Eccles Smith (*R.*). — Volvulus du cæcum : double obstruction (British medical Journ., nº 3087, 28 février 1920, in Presse Méd. 1920, nº 58, p. 571).

Eljasberg (*M*), (Lodz). — Volvulus du cæcum Rapport au XXIVe Congrès des Chirurgiens polonais tenu à Cracovie en avril 1928 (in Polski Przeglad Chirurgiczny, t. VII, fasc. 3, 1928, p. 407 à 401).

Gatellier et *Hussenstein*. — Un cas de volvulus du cæcum perforé. Soc. anat. de Paris, séance du 5 juillet 1928 (in annales d'anat. Pathol., t. V, nº 7, 1928, p. 812).

Gatellier et *Padovan*. — Un cas de volvulus du cæcum. Soc. anat.

de Paris, séance du 5 juillet 1928 (in Annales d'anat. Pathol., 1928, t. V, nº 7, p. 811).

Gayel et *Laroyenne*. — Occlusion post-opératoire par volvulus du cæcum (Soc. de Chir. de Lyon, Séance du 21 décembre 1911 ; in Rev. de Chir., XLV, p. 675).

Guibe. — Volvulus de l'intestin grêle et de la partie initiale du gros intestin (Rev. de Chir., XXXV, p. 347, 659 et 856 et XXXXI, p. 91).

Heiler. — Ueber einen Fall von Einklemmung der Zockum (Münchener medizin Wochenschrifft, 15 mars 1910, nº 11, p. 587).

Homans (*J.*)(Boston). — Torsion du cæcum et du côlon ascendant (Archives of surgery, 1921, t. III, nº 2, p. 395-405, in J. de Chir., 1921, t. XIX, p. 414).

Jankowski (Riga). — Le volvulus du gros intestin (Deutsche Zeitschrift für Chir., t. CXXIV, fasc. I, 4 septembre 1913, p 229, in J. de Chir., 1913, t. XI, p. 650).

Knaggs, Billigton et *Dobson*. — Volvulus (Lancet, 6 mars 1909, p. 676-680, in Presse Méd., 1909, nº 53, p. 480).

Kollis. — Volvulus du cæcum par traction d'un appendice enflammé (Lancet, nº 4304, 1906, 4 févr., p. 516 ; in Presse Méd., 1906, nº 26, p. 208).

Kutner. — Volvulus du cæcum dans une hernie ombilicale (Soc. de Chir. de Breslau, séance du 13 décembre 1909 ; in Rev. de Chir., 1910, t. XLI, p. 543.

Lagoutte. — Un cas de volvulus du cæcum, du côlon ascendant et de la dernière partie de l'iléon (Soc. de Chir. de Lyon, 17 février 1910).

Lapeyre. — Deux cas de volvulus du cæcum (Arch. Prov. de Chir., XIX, nº 2, févr. 1910, p. 65-71).

Lecène et *Leriche*. — Thérapeutique chirurgicale. Masson et Cie, éd., t. III, p. 179.

Lenormant. — Le volvulus du cæcum (XXIIIe Congrès de Chir., Paris, 3-8 octobre 1910 ; Procès-verbaux, mémoires et discussions, p. 380-392 ; Discussion Gourdet de Nantes.

Meriel (*E.*). — Volulus du cæcum et du côlon ascendant (Affections du gros intestin, J. B. Baillère et fils ; Nouveau traité de Chir., t. XXXVII, p. 178-193).

Monti. — Volvulus du cæcum par migration de la rate (Bulletino delle Scienze mediche, 1911, an XLII, série IX, t. IX,

fasc. 5-9, p. 194-199 ; in J. de Chir., 1921, t. XIX, p. 635).

Pascalis (*Georges*). — Contribution à l'étude du côlon mobile. Appendicite et volvulus cæcal (Presse Méd., 1929, n° 97, p. 1578).

Patey (*M.-G.*). — Cæcum mobile (Soc. méd. de Genève, 25 janv. 1912; in Presse Méd., 1917, n° 37, p. 400).

Pye Smith (*Sheffield*). — Un cas de volvulus du cæcum et du côlon ascendant (The Lancet, t. CLXXIV, n° 4535, 30 juillet 1910, p. 302-304 ; in J. de Chir., t. V, p. 443).

Quenu. — Volvulus du cæcum (Soc. de Chir. de Paris, 27 juin 1906 ; in Presse Méd., 1906, n° 52, p. 418).

— Présentation de pièce. Discussion Michaux (Soc. de Chir. de Paris, 18 juillet 1906 ; in Presse Méd.. 1906, n° 58, p. 466).

Riese. — Volvulus de l'iléon et du cæcum avec gangrène (Réunion libre des Chirurgiens de Berlin, séance du 10 juillet 1911 ; in Rev. de Chir., 1912, t. XLV, p. 526).

Santy et *Dunet* (*Ch.*). — Volvulus du cæcum (Soc. nat. de Médecine et des sciences médicales de Lyon, 8 juin 1921 ; in Presse Méd., 1921, n° 49, p. 490).

Seefisch. — Volvulus du côlon ascendant (Soc. libre de Chir. de Berlin, séance du 9 mars 1908 ; in Rev. de Chir., 1908, t. XXXVIII, p. 185).

Speck. — Die Achsandrihung der Blinddarmes. Thèse de Leipzig, 1909.

Viannay. — Un cas de volvulus du cæcum (La Loire Médicale, an XXXVIII, n° 12, 1924, p. 621-625 ; in J. de Chir., 1925, t. XXVI, p. 554).

Viguier — Volvulus du cæcum, du côlon ascendant y compris l'angle hépatique et de l'origine du côlon transverse, mort par entérorragie (med. de l'armée, Tlemcen) (Soc. de Chir. de Paris, 11 juin 1913 (Rapport de Lejars) ; in Bull. et Mém., t. XXXIX, n° 22, 17 juin 1913, p. 932-937).

Wilms. — Der ileus (Deutsche Chir., fasc. 46, p. 572).

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
Introduction	9
Historique	11
Anatomie pathologique	14
Etiologie et pathogénie	17
Observations	19
Symptomatologie et diagnostic	23
Traitement	28
Conclusions	33
Bibliographie	34

726. — Imp. de la Faculté de Médecine, Jouve et Cie, 15, rue Racine, Paris. — 2-30